Medicaid de Louisiana – Formulario para información de ciudadanía de los E.E. U.U.

1. **Por favor lea la hoja volante (¡**Medicaid de Louisiana tiene información Importante para USTED!) **que le adjuntamos.**
2. **Llene y firme el formulario.** Si necesita más espacio, use una hoja separada.
3. **Dénos este formulario inmediatamente. Envíelo por correo o fax, o llévelo a** su oficina local de Medicaid. Si necesita la dirección o el número de fax, llame al 1-888-342-6207 (TTY 1-800-220-5404).

Si decide enviar los comprobantes originales de ciudadanía e identidad por correo, es bajo su propio riesgo. Se los devolveremos por correo.

Por favor dénos la siguiente información por cada persona que recibe o que solicita Medicaid.

Persona #1: Nombre: (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado_____Estado_____País_____

Nombre de la madre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Apellido de soltera de la madre: _____

Reciben o han recibido Medicare o Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)? ☐ Sí ☐ No

Si dijo Sí, ¿Cuál? ☐ Medicare ☐ SSI

Persona #2: Nombre: (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado_____Estado_____País_____

Nombre de la madre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Apellido de soltera de la madre: _____

Reciben o han recibido Medicare o Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)? ☐ Sí ☐ No

Si dijo Sí, ¿Cuál? ☐ Medicare ☐ SSI

Persona #3: Nombre: (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado_____Estado_____País_____

Nombre de la madre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Apellido de soltera de la madre: _____

Reciben o han recibido Medicare o Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)? ☐ Sí ☐ No

Si dijo Sí, ¿Cuál? ☐ Medicare ☐ SSI

Persona #4: Nombre: (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado_____Estado_____País_____

Nombre de la madre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Apellido de soltera de la madre: _____

Reciben o han recibido Medicare o Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)? ☐ Sí ☐ No

Si dijo Sí, ¿Cuál? ☐ Medicare ☐ SSI

Firme aquí _____ **Fecha** _____

Firma del cónyuge (si es aplicable) _____ **Fecha** _____